



SEASONAL CHILD CARE (SCC)
**Aviso de Rechazo de Cuidado
Infantil Temporal (SCC)**
SCC Denial Notice

NÚMERO DE TELÉFONO DEL CENTRO DE ATENCIÓN	NÚMERO DE FAX DEL CENTRO DE ATENCIÓN
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	FECHA

El día _____ usted solicitó ayuda con el cuidado de niños al programa Cuidado Infantil Temporal. No podemos ayudarle porque:

- Usted retiró su solicitud de asistencia de cuidado infantil. WAC 170-290-3730
- No tiene un niño elegible según lo dispuesto en WAC 170-290-3520.
- Sus actividades no cumplen con los requisitos en WAC 170-290-3555.
- Usted no vive y/o trabaja en un condado que califica según WAC 170-290-3520.
- Su ingreso excede el límite de ingresos para este programa según WAC 170-290-3520.
- Usted incumplió en pagar, o hacer arreglos para pagar, su copago según WAC 170-290-3565.
- No proporcionó la información necesaria según WAC 170-290-3530 para determinar su elegibilidad.

El _____ nosotros solicitamos:

Otro:

En caso de preguntas, sírvase llamar al número del Centro de Atención anteriormente mencionado.

DERECHOS A UNA AUDIENCIA

Si usted no está de acuerdo con esta decisión, puede solicitar una audiencia poniéndose en contacto con esta oficina o escribiendo a Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98504-2489. Debe solicitar su audiencia:

- En la fecha de entrada en vigor de esta acción, o antes, o no más de 10 día después de que le enviemos la notificación de esta acción, SI recibe beneficios ahora y desea continuar recibiendo, o
- En el transcurso de 90 días de la fecha en que reciba esta carta.

En la audiencia, usted tiene el derecho de representarse a sí mismo(a), ser representado por un abogado o por cualquier otra persona que usted elija. Es posible que pueda recibir asesoramiento legal o representación gratuitos poniéndose en contacto con una oficina de servicios legales.

ASISTENCIA MÉDICA PARA SUS NIÑOS

¿Sabía usted que es posible que pueda obtener cobertura para asistencia médica y dental para sus niños? ¡No hay una lista de espera y es tan fácil como **1 - 2 - 3!**

1. ¿Está usted recibiendo algún otro tipo de asistencia a través del estado, tal como cupones para alimentos o asistencia financiera en efectivo?
 - **SÍ:** Llame al asistente financiero a cargo de su caso y solicite cobertura para asistencia médica para su(s) niño(s).
 - **NO:** Llame al número de teléfono para llamadas gratuitas de Asistencia Médica para Niños al 1-800-204-6429.
2. Proporcione al asistente la información que necesitan para saber si usted es elegible. Es posible que ellos ya la tengan o puedan tomarla por teléfono.
3. Reciba la tarjeta de asistencia médica por correo.

¡No espere – puede obtener cobertura médica para su niño con sólo una llamada telefónica